

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 341

TRAITEMENT DES BLESSURES
DE
LA VOUTE PALATINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Aimé MARREL

Né le 12 janvier 1878 aux Avenières (Isère)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1920

TRAITEMENT DES BLESSURES

DE

LA VOUTE PALATINE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
Cliniques chirurgicales	BERARD
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEPINE (J.)
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	WEILL
Clinique des maladies des enfants.	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie.	MOREAU
Matière médicale et Botanique.	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Anatomie générale et Histologie.	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales.	PAVIOT
Anatomie pathologique	X...
Médecine opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.	ETIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	X...	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	THEVENOT (Léon)	FROMENT	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
LAROYENNE	CADE	PIÉRY	FAVRE id.
VORON	GUILLEMARD	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GARIN	DUROUX	ROUBIER id.
PRETIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président*; ROCHET, *Assesseur*;
MM. NEVEU-LEMAIRE, et TAVERNIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 341

TRAITEMENT DES BLESSURES
DE
LA VOUTE PALATINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Aimé MARREL

Né le 12 janvier 1878 aux Avenières (Isère)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1920





Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE
DE
MES PARENTS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté.

INTRODUCTION

Lorsque sur les conseils de notre ami M. le Dr Desgouttes, chirurgien des Hôpitaux, nous avons choisi pour sujet de notre thèse inaugurale le « traitement des blessures de la voûte palatine, » nous n'avons pas eu la prétention de faire connaître un nouveau procédé opératoire, nous avons voulu simplement, en nous appuyant sur des observations typiques de blessés soignés d'abord à l'ambulance puis opérés plus tard par les Drs Desgouttes et Pont, dans le Centre de Restauration maxillo-faciale de la XIV^e Région, exposer les difficultés que présente le traitement des perforations de la voûte palatine chez les blessés de guerre.

Notre travail comprendra trois parties :

I. — Dans la première partie après avoir exposé brièvement comment se produisent ces blessures, nous décrirons leur trajet et les lésions des organes voisins.

II. — Dans la deuxième partie nous étudierons le

traitement immédiat puis le traitement éloigné ou restauration de ces perforations.

III. — Dans la troisième partie enfin nous reproduirons les observations qui nous ont été communiquées et nous énoncerons nos conclusions.

C'est à notre ami M. le Dr Desgouttes que revient tout l'honneur de ce travail : c'est grâce à son concours éclairé et à sa précieuse direction que nous avons pu mener à bien notre thèse. Depuis de longues années, son obligeance à notre égard ne s'est jamais démentie et nous apprécions chaque jour davantage les bienfaits de son amitié. Nous tenons à lui rendre ici l'hommage qui lui est dû.

M. le professeur Tixier nous a fait le grand honneur de présider notre jury de thèse, nous l'en remercions bien vivement.

TRAITEMENT DES BLESSURES

DE

LA VOUTE PALATINE

PREMIÈRE PARTIE

I. — POSITION DU BLESSÉ

La voûte palatine ayant une direction générale horizontale par rapport au corps sera perforée seulement par un projectile qui traversera la face suivant une ligne oblique.

Voyons quelle doit être la position du blessé pour qu'une pareille blessure soit possible.

Une balle qui vient frapper tangentiellement un corps dur, une pierre par exemple, peut parfaitement après ricochet atteindre obliquement à la face un homme debout. Pareille blessure peut être également occasionnée par un éclat d'obus lorsque le projectile est venu percuter sur un mur ou sur un arbre élevé, mais le plus souvent c'est dans la position couché que le blessé est atteint.

II — TRAJET DE LA BLESSURE. — LÉSIONS CAUSÉES

Tantôt le projectile est entré par la région orbitaire, a détruit l'œil, traversé les fosses nasales et la voûte palatine pour venir se loger dans les muscles de la

*

base de la langue (voir observation I), tantôt après avoir traversé la joue, fracturé le maxillaire et perforé la voûte, il est venu échouer dans la fosse ptérygo-maxillaire (voir observation II).

Quel que soit le trajet suivi les lésions causées seront toujours graves en raison de l'importance des organes lésés. Tout d'abord, c'est la voûte elle-même qui présente des pertes de substance parfois si considérables que la restauration étant impossible on est obligé de recourir à la prothèse. Il peut même se produire de véritables éclatements d'une partie de la face avec destruction partielle de la voûte palatine (voir observation III).

Le maxillaire supérieur, à son tour, est souvent gravement lésé et nous aurons, tantôt peu d'esquilles et des fragments d'os assez réguliers, circonstances favorables à la restauration, tantôt la fracture est plus comminutive, de toutes petites esquilles sont projetées dans les organes voisins où il sera nécessaire mais souvent difficile de les extraire, tantôt enfin nous aurons de véritables phénomènes d'explosion osseuse aboutissant à une perte de substance de plusieurs centimètres.

Cette fracture se complique fréquemment de la disparition d'une partie du rebord alvéolaire entraînant la chute des dents, ce qui augmente singulièrement les difficultés de la restauration.

L'ouverture du sinus maxillaire donnera lieu à une sinusite qui nécessitera le plus souvent une intervention chirurgicale.

Le siège de la perforation n'est pas non plus indiffé-

rent, car une lésion centrale se prête mieux à une bonne restauration qu'une brèche siégeant vers le rebord alvéolaire par exemple, d'autant plus que, dans ce dernier cas, l'artère palatine postérieure est souvent lésée, d'où diminution de la vitalité des tissus.

La qualité du projectile qui a causé la blessure a aussi son importance.

La blessure par balle donne, en général, une perforation assez nette et une fragmentation osseuse régulière avec peu d'esquilles, l'éclat d'obus, au contraire, déchire les tissus, fragmente les os en de nombreuses esquilles, et fait pénétrer dans la plaie des fragments métalliques, autour desquels se formeront facilement des foyers de suppuration.

Nous sommes donc fondés à dire que la perforation de la voûte palatine, lésion d'une gravité redoutable par les troubles qu'elle apporte à la double fonction de la phonation et de la déglutition, se complique dans le cas de blessures par projectiles de guerre de lésions parfois irrémédiables des organes voisins, et le pronostic qui les accompagne n'est pas fonction seulement de l'importance anatomique des lésions produites, mais aussi du facteur infectieux par pénétration des germes septiques dans les tissus.

ÉVOLUTION

L'évolution de la blessure dépend de l'importance de la perte de substance, de l'état des tissus et des lésions plus ou moins graves des organes voisins.

1° Guérison spontanée. — Bien que nous n'apportions aucune observation à l'appui de notre affirmation, nous disons que la guérison spontanée est possible. Mais nous nous hâtons d'ajouter qu'elle n'est possible qu'à condition que la perte de substance de la voûte soit très minime, pour ainsi dire punctiforme, qu'il n'y ait pas d'éclatement osseux, ni de lésions graves de la muqueuse et du fibro-périoste.

2° Guérison non spontanée. — Dans la plupart des cas, et notamment chez les blessés dont nous reproduisons plus loin les observations, une ou plusieurs interventions ont été nécessaires, et les complications ont été la règle.

Voyons ce qui s'est passé chez nos blessés.

On a dû intervenir parce que la perte de substance était trop considérable (dimensions d'une pièce de un franc, (observation I) ; disparition totale de la voûte, (observation III), ou parce qu'il y a eu de la sinusite (observation II).

Il ne s'agit plus ici, en effet, d'une simple fissure par malformation congénitale, ou d'une perforation toujours médiane, ronde ou ovalaire, de dimensions relativement restreintes comme dans la syphilis, mais le plus souvent, nous nous trouvons en présence d'une perforation irrégulière, souvent anfractueuse à bords déchiquetés, atteignant ou dépassant les dimensions d'une pièce de un franc, qui ouvre une large communication entre la bouche et les fosses nasales.

Le sinus maxillaire ayant été ouvert chez notre blessé n° 2, une sinusite s'est déclarée. L'infection se

montre presque toujours dans ce cas virulente et tenace, car le projectile, qui est le plus souvent un éclat d'obus, entraîne avec lui des germes infectieux ; d'où fongosités et pus très fétide.

Cette sinusite peut même se compliquer de lésions d'ostéite qui impriment à l'infection un caractère d'intensité particulier : ostéite superficielle ou ostéite profonde déterminant des destructions osseuses avec séquestres et fistules, ouvrant ainsi la voie à toutes les complications.

Il faudra le plus souvent avoir recours au curettage du sinus pour avoir raison de cette infection.

En résumé, dans les blessures de la voûte palatine, divers facteurs viennent diminuer les chances de réussite de la palatoplastie, ce sont :

1° La fracture du maxillaire supérieur avec destruction du rebord alvéolaire et chute des dents. La sinusite concomitante.

2° Les lésions graves de la muqueuse et du fibro-périoste sous-jacent.

3° L'ostéite raréfiante qui frappe les bords de l'orifice osseux.

4° Enfin, la destruction de l'artère palatine postérieure.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT IMMÉDIAT

Ce chapitre pourrait être intitulé plus justement : *Traitement palliatif. Contre-indication des excisions et des sutures.*

La guerre a fait faire à la chirurgie un pas décisif dans le traitement des plaies.

Au début de la campagne, on se contentait de faire un nettoyage soigneux de la plaie, et on pensait que l'emploi des antiseptiques était suffisant pour garantir les blessés contre les chances d'infection secondaire. On se bornait à drainer, et la recherche du projectile était par ordre interdite. Les résultats de cette pratique furent désastreux.

Mais lorsque plus tard, par de larges débridements, par des excisions hardies et des esquillotomies totales, on eut mis pour ainsi dire les plaies à jour, on vit subitement disparaître ces interminables suppurations qui amenaient la mortification et le sphacèle des tissus.

Les sutures primitives et secondaires devinrent alors possibles, et les blessés, au lieu d'être immobilisés de longs mois dans les services hospitaliers, purent être dirigés rapidement sur les formations combattantes.

Mais cette méthode si féconde en résultats dans le traitement des plaies de guerre en général n'est pas applicable aux perforations de la voûte palatine.

Ici, il faut être avant tout conservateur, se contenter d'assurer autant que possible la désinfection et le nettoyage des plaies et à l'aide d'antiseptiques de faire sous pression des lavages énergiques pour déterger profondément les tissus.

On procédera à des lavages très fréquents de la bouche surtout après les repas, soit avec de l'eau chloralée à 10 pour 1000, soit avec de l'eau oxygénée.

Les débris vestimentaires, les fragments osseux et les corps étrangers devront être soigneusement enlevés, mais là se bornera pour le moment la tâche de l'opérateur.

Il faudra bien se garder de débrider la plaie, d'en aviver les bords et d'exciser les tissus avoisinants; il ne faut pas oublier qu'ici la muqueuse, le fibro-périoste et le squelette osseux doivent être respectés, car nous n'avons pas le droit de tailler sans savoir si nous pourrions recoudre.

Nous pourrions peut-être faire plus tard, si nous savons être conservateurs, une bonne palatoplastie tandis que nous en serons réduits à l'appareillage si une intervention malencontreuse est venue faire de cette plaie une brèche irréparable (voir observation II).

TRAITEMENT ÉLOIGNÉ. — RESTAURATION

La restauration sera réalisée soit par la palatoplastie, soit par la prothèse. L'opération doit être tentée toutes les fois qu'elle paraît possible et ce n'est qu'en désespoir de cause qu'on aura recours à l'appareillage.

I. — TRAITEMENT OPÉRATOIRE

1^o Premier procédé. — L'intervention sera faite suivant le procédé devenu classique de décollement et de glissement dont la technique a été réglée de façon minutieuse et précise par les nombreux chirurgiens qui se sont occupés de la question.

La condition fondamentale du succès réside dans la libération et la mobilisation de la couche fibreuse qui double la muqueuse palatine. Pour assurer la vitalité des lambeaux et donner au palais restauré une plus grande fermeté, le détachement du périoste avec la muqueuse est indispensable. Le détachement du voile est également nécessaire pour éviter la tension et favoriser la réunion.

Le blessé est placé sur le dos, la tête renversée et pendante à l'extrémité du lit (position de Rose), le chirurgien est assis en arrière de la tête de l'opéré.

Un baillon spécial (baillon de Trélat) maintient la bouche ouverte et on fait l'anesthésie. La plupart des chirurgiens (A. Reverdin excepté) opéraient sous

anesthésie générale; dans le Centre de Restauration de la XIV^e Région, les D^{rs} Desgouttes et Pont se contentent d'une anesthésie locale. Ils emploient un hémostatique puissant, un vaso-constricteur énergique, l'adrénaline associée à la novocaïne (solution de novocaïne adrénaline à 2 pour 1.000). La vaso-constriction exercée par l'adrénaline offre l'avantage inappréciable de permettre d'opérer sans être gêné par le sang dans une région où la section des branches de la palatine postérieure est inévitable.

Certains chirurgiens en présence d'hémorragies très abondantes étaient quelquefois obligés d'interrompre l'opération pour faire une compression momentanée, soit avec les pouces, soit avec des tampons.

Le seul reproche qu'on puisse faire à l'adrénaline c'est qu'il arrive parfois que les lambeaux, par suite de la vaso-constriction, paraissent frappés brusquement d'ischémie (voir observation I). Mais cet état disparaît assez rapidement grâce à des lavages à l'eau très chaude qui amènent la vaso-dilatation.

Ceci dit, revenons à l'opération par le procédé classique. Quand il s'agit de perforations congénitales de la voûte, le premier temps consiste à aviver la plaie par le détachement d'une bandelette de 2 millimètres de largeur environ, mais quand il s'agit de blessures de guerre, il faut s'abstenir de cette pratique et ne se résoudre à l'excision que dans le cas où les tissus minces et livides sont manifestement impropres à la restauration (voir observation I).

Ensuite, on fait jusqu'à l'os dans une des moitiés de la voûte, une incision qui commence derrière la dernière

molaire, la contourne, suit la rangée des alvéoles en la serrant de très près pour venir se terminer au niveau de l'angle antérieur de la division. En traçant l'incision très en dehors, on évite de blesser l'artère palatine postérieure.

Puis on introduit une rugine (de Trélat) dans l'incision et à l'aide de pesées graduelles on chemine lentement vers la brèche en suivant la surface osseuse. Le fibro-périoste est ainsi soulevé en même temps que la muqueuse et le lambeau est constitué. En procédant de la même façon du côté opposé on obtient un deuxième lambeau.

Il ne reste plus qu'à suturer avec des fils de soie en se servant d'aiguilles fines à courbure très accentuée comme les passe-fils de Trélat.

Aucun pansement ni lavage, repos complet et silence absolu pendant une dizaine de jours. Diète complète pendant quarante-huit heures, puis alimentation liquide pendant dix jours.

L'opération telle que nous venons de la décrire n'est possible que si la perte de substance n'est pas trop grande, car il faut que les deux bords s'affrontent bien pour faire une bonne palatoplastie.

2° Deuxième procédé. — Mais lorsque la brèche est trop grande et lorsque la muqueuse et le fibro-périoste sous-jacent ont été atteints gravement dans leur vitalité, il faut s'adresser à un autre mode opératoire.

On ne procède plus par décollement et glissement, mais par bascule de lambeaux taillés aux dépens d'une

portion éloignée de la muqueuse palatine ou de la muqueuse jugale.

On aura également recours à ce procédé lorsque la perforation siège vers le rebord alvéolaire ou à la partie postérieure vers l'origine de l'artère palatine. Il est évident, en effet, que s'il est relativement facile d'obturer une brèche médiane à l'aide de lambeaux pris sur la muqueuse voisine, on est réduit le plus souvent, à emprunter aux organes voisins, le tissu nécessaire à l'oblitération d'une perforation située sur les côtés.

Le D^r Desgouttes, a employé ce procédé dans un cas où la perforation siégeait au niveau du point d'émergence de la palatine postérieure et où, par suite de l'échec d'une première tentative de restauration, la muqueuse palatine était en partie remplacée par une grosse masse de tissu cicatriciel (voir observation II).

Après avoir taillé un petit lambeau sur la ligne médiane il a fait basculer vers la brèche un deuxième lambeau pris sur le rebord alvéolaire et la muqueuse jugale par le procédé hindou.

Cette opération sera rendue plus facile dans le cas où le rebord alvéolaire ayant disparu la muqueuse jugale affronte pour ainsi dire la muqueuse palatine.

Différents auteurs se sont ingénies à parer à l'insuffisance du tissu voisin pour combler la perforation. Il est certain, qu'en cas d'échecs répétés par les méthodes ordinaires et en présence de lésions considérables, il est permis de recourir à certains procédés exceptionnels, mais il est des cas où le chirurgien doit savoir reconnaître son impuissance et où il faut se rabattre sur la prothèse.

II. PROTHÈSE

Lorsque la perte de substance est trop considérable ou lorsqu'il est impossible de trouver dans le voisinage de la brèche un tissu propre à la restauration, il faut avoir recours à l'appareillage.

La prothèse est encore la précieuse et ultime ressource dans le cas où le rebord alvéolaire ayant été détruit ainsi que les dents (voir observation II), il faut doter le blessé d'un appareil qui puisse à la fois obturer la perforation et remplacer le rebord osseux et les dents qui ont disparu.

C'est également à l'appareillage qu'il faut s'adresser quand le sinus est ouvert. La sinusite entretient, en effet, des suppurations qui rendent la palatoplastie impossible tant que la brèche sinusienne n'est pas comblée. L'intervention se trouve donc retardée et souvent compromise du fait qu'on opère dans un milieu qui a été longtemps infecté.

Lorsque la lésion palatine siège à la partie postérieure de la voûte près de l'insertion du voile, il est très difficile de poser un bon appareil, car celui-ci est constamment tirailé par le voile dans ses mouvements d'ascension et d'abaissement.

On construit actuellement des appareils de prothèse très ingénieux. La plupart ont sans doute le tort d'agrandir graduellement la perforation, d'exiger un entretien attentif et de coûter cher, mais ils ont le grand avantage de supprimer la communication anor-

male entre la bouche et les fosses nasales et d'empêcher le reflux des liquides et des substances alimentaires entre ces deux cavités.

De plus, ils rendent possible la correction du langage. Leur utilité est donc réelle et grâce à eux on peut dire qu'il n'existe pas de perforation à laquelle on ne puisse porter remède, soit par l'intervention sanglante, soit par les moyens mécaniques.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

De C..., capitaine au 257^e d'artillerie, blessé le 14 juillet 1918, en Champagne, par éclat d'obus.

Plaie pénétrante de la face. L'éclat a pénétré au niveau de l'orbite gauche, l'œil a été totalement détruit.

Le projectile, après avoir traversé les fosses nasales, a fracturé la voûte palatine dans sa partie postérieure droite. La première molaire a été fracturée, ainsi que la dent de sagesse, et l'éclat est venu se loger à la base de la langue.

Le blessé arrive au Centre de Restauration maxillo-faciale en août 1918; il se présente avec une perte de substance assez large (de la dimension d'une pièce de 1 franc), allongée dans le sens antéro-postérieur près de la ligne médiane, à gauche, à 1 centimètre en avant de l'insertion du voile.

Il y a une large communication entre les fosses

nasales et la cavité buccale qui entraîne le reflux des liquides et des aliments, ainsi qu'un nasonnement très prononcé.

Sur la demande du blessé, la palatoplastie est tentée : anesthésie locale à la novocaïne-advénaline à 2 pour 1.000, le blessé étant placé dans la position de Rose. On pratique le décollement des lambeaux : sur les côtés, le décollement est poussé en avant jusqu'au niveau des incisives et en arrière jusqu'à l'insertion du voile qui est lui-même désinséré suivant le procédé classique à l'aide de la rugine de Trélat.

Les résultats sont très satisfaisants et les deux bords peuvent être rapprochés.

Tout autour de la blessure la voûte est d'une minceur extrême. Il s'est produit une raréfaction osseuse qui semble assez inquiétante. La muqueuse et la doublure fibro-périostique sont également très amincies.

Bien que décidé à être très économe de ses tissus on doit se résoudre à faire un avivement des bords de la perforation et à réséquer toute la partie qui est mince comme une feuille de papier à cigarettes. La suture se fait dans de bonnes conditions et l'opération est parfaitement satisfaisante.

Mais le lambeau sous l'influence de l'adrénaline est devenu extrêmement pâle, il ne saigne plus et cet état d'ischémie se prolongera pendant environ six heures.

Le malade est transporté dans son lit où on lui fait des lavages avec de l'eau très chaude pour réchauffer son lambeau et amener une vaso-dilatation.

Il est mis à la diète absolue pendant quarante-huit heures et condamné au silence pendant six jours.

Les suites opératoires sont bonnes et les points de suture sont enlevés le dixième jour.

Il reste cependant un tout petit orifice linéaire mais il se comble postérieurement par bourgeonnement.

Il y a également un trajet sous-muqueux réunissant la ligne médiane à l'incision latérale de décollement. Ce trajet ne se comblera qu'au bout d'un certain temps.

Le résultat définitif est très satisfaisant. Pas de troubles de la déglutition ni de la phonation. Il reste cependant après l'opération un orifice minuscule permettant l'introduction d'un petit crin de Florence. Cet orifice laisse passer une goutte d'eau dans les fosses nasales quand le blessé ayant emmagasiné de l'eau dans la bouche essaie de la faire passer sous pression dans les fosses nasales.

Nous considérons ce résultat comme excellent.

OBSERVATION II

M..., capitaine au 27^e bataillon de tirailleurs sénégalais.

Le 26 juin 1918 au matin, le blessé est amené à l'H. O. E. de Souilly. Il est très chocqué. Plaie de la face, perforation du voile du palais et fracture du maxillaire supérieur gauche par éclat d'obus. Etat grave.

L'opération est faite par le Dr Desgouttes : nettoyage de l'orifice d'entrée, ablation des débris osseux projetés dans la voûte, nettoyage de la cavité du sinus,

tamponnement. L'orifice d'entrée est fermé au niveau de la région malaire.

Le projectile situé dans la région carotidienne droite n'est pas recherché à ce moment-là.

Les jours suivants on se contente de soins de propreté (lavages de la bouche). L'état du blessé reste grave et la présence de grosses ecchymoses sous-orbitaires fait penser à la possibilité d'une lésion de la base du crâne.

Toute la partie postéro externe du maxillaire supérieur gauche étant fracturée et ne tenant au massif facial que par la muqueuse, on essaie de la contenir par des moyens de fortune dans l'espoir de sauver le rebord alvéolaire et les dents qui y sont intéressées. Mais bientôt la suppuration s'installe, les dents détergées baignent dans le pus et doivent être sacrifiées.

Cette ablation entraîne l'ouverture du sinus maxillaire.

Le blessé est dirigé sur le Centre de Restauration maxillo-faciale de la XIV^e Région.

Dans ce premier séjour à l'hôpital on s'occupe de sa sinusite. A ce moment-là la perforation du voile était réduite à un orifice linéaire, une intervention malencontreuse (tentative de suture de la perforation faite par des mains inexpérimentées) agrandit celles-ci considérablement.

En présence de cette perforation une décision devait être prise dans le sens d'une palatoplastie, mais l'opération se présentait dans de très mauvaises conditions parce que la sinusite était mal tarie (les cultures montraient une flore microbienne peu riche et peu maligne)

et que l'état du squelette sous-jacent était très défectueux.

L'intervention fut tentée suivant le procédé classique : incision, décollement, glissement et suture des lambeaux. Malgré tous les soins apportés, l'échec fut complet.

Avant de tenter une nouvelle opération on confie le blessé au Dr Sargnon qui lui fait une cure radicale de sa sinusite et une cure radicale de la brèche sinusienne en deux temps. On décide alors (Dr Desgouttes) de faire une deuxième tentative de palatoplastie.

A ce moment-là, la perforation est au niveau du point d'urgence de l'artère palatine postérieure : on est en présence d'une grosse masse de tissu cicatriciel et le squelette sous-jacent a disparu.

Dans ces conditions on fait basculer un lambeau de la ligne médiane et un lambeau pris sur le rebord alvéolaire en empiétant sur la muqueuse jugale.

Avec ces deux lambeaux on arrive à faire l'obturation de la perforation.

Il est à remarquer que la brèche du sinus maxillaire ayant été comblée antérieurement à l'aide d'un lambeau de muqueuse pris sur la joue, l'opérateur a été privé d'une certaine quantité de tissu qu'il aurait pu utiliser.

Succès partiel qui a pour résultat de diminuer et surtout de déplacer la perte de substance en avant et en dedans si bien qu'à ce moment-là l'appareillage devient possible et suffisant.

Le blessé est doté d'un appareil qui est à la fois un dentier et un obturateur de la perforation palatine.

Deux opérations très différentes ont été pratiquées sur ce blessé. Dans la première intervention on a essayé d'opérer par la méthode ordinaire de glissement tandis que dans la deuxième c'est à une véritable autoplastie par torsion des lambeaux selon la méthode indienne qu'on a eu recours.

OBSERVATION III

C..., soldat au 104^e d'infanterie, blessé le 20 juillet 1918, en Champagne, par éclat d'obus.

Vaste éclatement de la face comprenant la joue droite, la région sous-orbitaire et l'œil droit. Plaie anfractueuse et pénétrante s'étendant de la lèvre inférieure à l'œil droit. Grand fracas osseux avec perte de substance du maxillaire supérieur droit, ouverture du sinus et des fosses nasales. Large brèche de la voûte palatine. Destruction du malaire droit et de l'arcade orbitaire. Perte totale de l'œil droit.

Sous anesthésie générale, on taille les deux moignons de la lèvre supérieure et on les rapproche de façon à reconstituer une lèvre (bouche cousue pour éviter le rabattement en arrière).

Chez ce blessé, la voûte palatine avait pour ainsi dire complètement disparu. Par des ostéotomies successives, à l'aide de débris osseux, on a pu, les arcades étant conservées, reconstituer un maxillaire droit et refaire une ébauche de voûte qui a permis l'appareillage.

CONCLUSIONS

I. — Les perforations de la voûte osseuse lorsqu'elles ne s'obturent pas spontanément (comme dans les pertes de substances très minimes) sont très rebelles au traitement.

II. — La communication avec le sinus maxillaire entretient un milieu infecté qui fait retarder ou échouer les interventions.

III. — Le fibro-périoste qui tapisse la zone voisine de la perforation étant très diminué dans sa vitalité ne peut jouer le rôle qu'on lui demande dans la palatoplastie.

Les lésions artérielles (palatine postérieure) diminuent encore les chances de succès.

IV. — Malgré cela, l'opération doit être tentée dans les cas moyens par le procédé classique de décollement ou par bascule de lambeaux palatins ou jugaux.

V. — Les perforations les plus antérieures et les plus médianes semblent plus faciles à obturer.

VI. — Si l'opération est impossible, on aura recours à la prothèse. Les lésions concomitantes dentaires et du rebord alvéolaire doivent souvent conduire à l'appareillage, qui remplira un double but.

VII. — L'appareillage demande beaucoup de soins lorsque les lésions sont près du voile du palais.

Vu :

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN,

TIXIER

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} juillet 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE.	9
I. — Position du blessé.	9
II. — Trajet de la blessure. — Lésions causées	9
Evolution	11
DEUXIÈME PARTIE.	16
Traitement immédiat.	16
Traitement éloigné. — Restauration.	17
I. — Traitement opératoire	17
II. — Prothèse	21
TROISIÈME PARTIE.	23
OBSERVATIONS.	23
CONCLUSIONS	31

